

## SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il servizio sanitario nazionale è stato istituito nel 1978, prima di questa data avevamo le cosiddette **casce mutue** basate sul **modello Bismarck**, ossia, chi finanziava era il lavoratore e il datore di lavoro con contribuiti obbligatori in base al reddito percepito mentre le *assicurazioni sociali*, raccoglievano i fondi da imprese e dipendenti per remunerare prestazioni erogate: più soldi raccoglievano più prestazioni potevano essere erogate. I medici della cassa mutua erano pagati a prestazione. Lo Stato forniva la copertura di coloro che non erano iscritti ai fondi assicurativi occupazionali, stabilendo livelli di reddito oltre i quali non è obbligatorio o esclusa l'iscrizione ad un'assicurazione privata. Le strutture erogatrici potevano essere sia pubbliche che private, mentre lo Stato controllava l'esito delle prestazioni assistenziali.

Questo modello determinava il grande problema della non equità.

Con la **legge 883/1978** nasce il SSN ( un insieme di tutte quelle organizzazioni, risorse, persone e istituzioni che hanno l'intento primario di :promuovere, tutelare e/o recuperare e mantenere lo stato di salute della popolazione, il quale scaturisce dai bisogni espressi o meno, della stessa) basato sul **modello Beveridge**: è un **sistema universalistico** ( teoricamente, perché in realtà abbiamo il ticket) in quanto l'accesso ai servizi è universale e gratuito a prescindere dal censo, sesso, età, residenza ed altre caratteristiche del cittadinoö **universalità, uguaglianza e globalità degli interventi**, che intendono assicurare la prevenzione delle malattie e l'accesso dei cittadini all'assistenza in condizioni di equità ed uniformità. È finanziato da noi, chi paga le tasse finanzia, chi non paga non finanzia. I medici sono pagati a quota capitaria: il medico o è un dipendente o viene pagato in base al numero degli assistiti, quindi all'aumentare di essi, fino ad un massimo, viene retribuito; meno saranno i pazienti minore sarà la retribuzione, indipendentemente dalla prestazione erogata. Lo stato ha il ruolo di gestire, governare e allocare le risorse, determina e controlla le politiche operative.

Gli aspetti fondamentali del SSN sono:

- Affidamento della gestione della Sanità non solo allo Stato, ma anche alla Regione e gli Enti Locali
- Unitarietà del processo assistenziale, attraverso le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
- Istituzione delle **USL (unità sanitarie locali)** che gestiscono gli ospedali e i servizi territoriali
- Programmazione degli interventi nei tre livelli: centrale (piano sanitario nazionale), regionale (piano sanitario regionale) e locale

La legge 883 ha avuto il grande merito di aver creato un sistema sanitario omogeneo e universale, ma ha prodotto forti diseconomie che hanno portato il Governo a realizzare una riforma emanando il **D.Lgs 502/1992** avviando così un profondo processo di innovazione tra cui:

- la "**regionalizzazione**": maggiori poteri alle Regioni in materia di programmazione, finanziamento, organizzazione, funzionamento e controllo delle attività, con responsabilizzazione delle stesse per i risultati finanziari della gestione;
- l' "**aziendalizzazione**": trasformazione delle USLü ASL (aziende sanitarie locali) e degli ospedali di maggiore rilievoü in Aziende Ospedaliere (AO); strutture dotate di autonomia amministrativa ed economica gestite con criteri aziendali; consiste nel trasformare strutture pubbliche in strutture simil-private, in cui i conti vengono controllati per fare economia sulle spese e sui consumi in modo da garantire:
  - ≅ efficacia ed efficienza delle attività svolte
  - ≅ sfruttamento ottimale delle risorse economiche
  - ≅ controllo di gestione come modello ordinario di funzionamento
  - ≅ individuazione degli ambiti di responsabilità'
  - ≅ finanziamento su base capitariaü ogni anno le ASL ricevono un tot di soldi in base al numero di pazienti che fanno capo ad essa, e dovrebbero farsi bastare quei soldi per l'intero anno ( anche se la maggior parte ha debiti con lo Stato perche non ce la fanno ad arrivare a fine anno)

- la “**concorrenza tra le strutture pubbliche e private e la libertà di scelta del cittadino**” al fine di garantire una migliore qualità delle prestazioni ed un contenimento dei costi di produzione

#### **Organizzazione interna delle ASL:**

- ≅ **direttore generale:** è il capo( mai un medico), è un manager nominato dalla regione e nomina gli altri due direttori; viene valutato dalla regione per vedere se esegue bene il suo lavoro
- ≅ **direttore amministrativo**
- ≅ **direttore sanitario:** in genere un igienista

I tre direttori per regola dovrebbero governare per 5 anni e poi ritornare al posto fisso statale. In Campania abbiamo 7 Asl: 3 a Napoli (1 per la città, 1 per la provincia nord e 1 per la provincia sud) e 1 per ogni provincia. Ogni Asl è divisa in un numero di **distretti sanitari** che garantiscono assistenza distrettuale ad ogni cittadino, ogni Asl ha poi un certo numero di **presidi ospedalieri** che afferiscono ad essa. Il **dipartimento di prevenzione** è uno per ogni Asl e si occupa di prevenire le malattie e le disabilità.

I **distretti sanitari:** sono strutture decentrate dell’ Asl. Ognuno deve seguire almeno 60mila abitanti. Hanno un preciso ambito territoriale ed un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali. Ogni distretto è suddiviso in **unità operative:** l’assistenza sanitaria di base, le unità operative preventive collettive, nei luoghi di lavoro e veterinarie (queste tre che afferiscono al dipartimento di prevenzione). Le funzioni del distretto sanitario:

- ≅ coinvolgimento di, medico di medicina generale MMG
- ≅ coinvolgimento di un PLS pediatra di libera scelta
- ≅ Garantire la continuità assistenziale ù guardia medica: è un presidio di medici che garantiscono una assistenza sanitaria continua al cittadino, anche di notte e durante le festività.
- ≅ Coinvolgimento di specialisti ambulatoriali (intervengono quando c’è un problema più specifico)
- ≅ Presenza di servizi specializzati per anziani, disabili, SERT, maternità e infanzia, aids

Gli **OSPEDALI** sono classificati in due categorie:

- ≅ **Presidi ospedalieri:** ospedali che afferiscono alle Asl del territorio
- ≅ **Aziende ospedaliere:** autonome dalle Asl del territorio

Le **Aziende ospedaliere** hanno grandi pronto soccorsi, almeno 3 alte specializzazioni, 1 dipartimento di emergenza di secondo livello, hanno un organizzazione dipartimentale e sono finanziate dal **DRG**( diagnosis related groups/raggruppamenti omogenei di diagnosi ù a carico del fondo sanitario, non devono superare l’80% dei costi effettivi, il resto è ottenuto fornendo prestazioni a pagamento o chiedendo al paziente una compartecipazione, in base alle risorse che consuma l’ospedale).

L’ultimo caposaldo della normativa italiana nel nostro Paese è dato dalla “**Riforma Ter**” ù **D.Lgs. 229/1999 (decreto Bindi):**

- Valorizzazione del processo di programmazione a livello nazionale (PSN), regionale (PSR) , aziendale e distrettuale;
- Introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- Potenziamento del ruolo degli Enti Locali
- Sviluppo del sistema dell’aziendalizzazione attraverso:
  - ≅ Introduzione dell’Atto Aziendale
  - ≅ Disciplina del sistema “autorizzazioni- accreditamento”

In Italia per poter erogare prestazioni sanitarie c’è bisogno di:

**AUTORIZZAZIONE:** è su base “nazionale”. Si è autorizzati sulla base di alcuni requisiti minimi strutturali e tecnologici

**ACCREDITAMENTO:** è su base “regionale”. Ogni regione definisce i suoi livelli di accreditamento; il privato se vuole erogare prestazioni per conto della regione, deve avere l’accreditamento rilasciato alle strutture *già autorizzate* sia pubbliche che private che rispondono:

- a requisiti ulteriori rispetto a quelli dell’autorizzazione
- devono essere funzionali rispetto alla programmazione regionale, quel servizio deve servire alla regione
- e si deve verificare la qualità delle prestazioni

I **LEA** sono prestazioni e servizi che il SSN è tenuto a fornire a **tutti** i cittadini, **gratuitamente** o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). Sono così importanti da non poter essere negati alla popolazione; pertanto non possono essere fissati “per sempre”, ma vanno modificati in relazione alle nuove esigenze della società. I LEA vengono definiti nel Piano Sanitario Nazionale in base alle risorse finanziarie disponibili. Le Asl, AO, gli istituti di ricovero e cura di carattere scientifico e i soggetti privati accreditati sono le figure di cui la regione si avvale per assicurare i livelli essenziali di assistenza. I LEA si articolano in tre livelli di assistenza:

1. assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, che riguarda le attività di **prevenzione**;
2. **assistenza distrettuale**, che raggruppa tutte le prestazioni sanitarie che si erogano fuori dall’ospedale, quindi sul territorio (prestazioni domiciliari, ambulatoriali)
3. **assistenza ospedaliera**, che riguarda attività erogate dagli ospedali per acuti.

Le prestazioni da erogare rispondono ai seguenti principi ispiratori:

- ≡ **dignità della persona**
- ≡ **bisogno di salute** (insieme delle condizioni di bisogno per le quali esiste un intervento sanitario efficace)
- ≡ **solidarietà** (erogate a tutti)
- ≡ **efficacia**: capacità di raggiungere l’obiettivo prefissato;  
efficacyü efficacia di un trattamento sperimentale  
effectivnessü efficacia nella pratica clinica
- ≡ **efficienza**: la prestazione sanitarie è erogata a livello adeguato( al posto, al momento e alla persona giusta); è la capacità, a parità di efficacia, di consumare il minor numero di risorse economiche
- ≡ **equità**
- ≡ **appropriatezza**: la prestazione porta ad un beneficio per il paziente

## MODELLO LIBERISTICO

È il modello degli Stati Uniti dove tutto è affidato al libero mercato, che per alcuni aspetti è un vantaggio, perché vi è una forte competizione. Il bene salute non è un diritto per il cittadino, ma una sua potenzialità di crescita, ed è considerato alla stregua degli altri beni di consumo. Lo Stato non interviene nel finanziamento dell’assistenza sanitaria, ma ad esso provvedono direttamente i cittadini attraverso il pagamento di un’assicurazione volontaria o il pagamento diretto delle prestazioni : **fee for service** ( pago per il servizio). Le due grandi categorie che potevano essere discriminate erano gli anziani e gli indigenti( quelli che guadagnano 29mila dollari all’anno per una famiglia di 4 persone). Si è pensato all’assicurazione medica degli anziani (>65 anni) con i **MEDICARE** a livello federale; e agli indigenti con i **MEDICAID** a livello statale. Obama è intervenuto a livello del governo statale, aumentano il numero di soggetti che dovevano ricevere assistenza gratuita, allargando i medicaid: il programma assicurativo che tutela maternità, infanzia, disabilità, massima indigenza ; voleva anche il istituire il SSN ma una serie di lobby non gliel’hanno consentito. Voleva poi mettere l’obbligo per tutti di acquistare un’assicurazione ad un prezzo inferiore, mettendo una multa nel caso il cittadino non avesse pagato, coprendo così in modo universale tutta la popolazione, la **PUBLIC OPTION**: una compagnia di assicurazioni pubblica a prezzi più bassiü questo avrebbe costretto le private, per essere competitive, ad abbassare i loro premi assicurativi, rendendo le condizioni più agevolate anche agli indigenti e ai poveri che

comunque si devono assicurare. Qui non ci è riuscito perché le lobby hanno impedito che con questa risoluzione venisse coperto quel 5% che con le assicurazioni private ha difficoltà a coprire tutte le spese che una famiglia numerosa potrebbe avere.